|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関受診履歴  一覧表作成依頼書 | 事務長 | 課　長 | 係　長 | 係　員 |
|  |  |  |  |
| 下記理由により、被保険者　【　　　　　　　　　　　　　　　】  被扶養者　【　　　　　　　　　　　　　　　】  にかかる　保険医療機関受診履歴一覧表　を作成いただきたく申請します。  １、作成を必要とする理由〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  　　２、希望する受診期間〔　　　　年　　月から　　　　年　　月までの受診記録〕  ＊表記項目は以下のとおり  ・診療年月  ・続柄  　　・区分  ・医療機関名称及び所在地  ・総医療費   |  |  | | --- | --- | | 確認欄 |  | |  | この届出については、又はの要件を満たしたものである。  申請者本人（被保険者）が作成したものである。  記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |   ※本人確認のため、組合の登録と異なる住所を送付先に指定する場合は必ず  確認欄の**□**にチェックをしてください。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 被保険者証の記号･番号 |  |  |   令和　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 送付先住所 〒　　　　－    連絡先 ( ) － | | | | |

【注】この申請により発行される一覧表は、領収書及び医療費通知（医療費のお知らせ）の代わりとなるものではありませんのでご承知おき願います。

【提出先】郵送でお送りください。

〒453-0804

愛知県名古屋市中村区黄金通1丁目18番地　　　愛鉄連健康保険組合　宛